La Liberté *de* Choisir

Un guide à l'intention des jeunes activistes et à l'appui du plaidoyer pour l'avortement sécurisé

2e édition



Rédaction
Clara Fok
Rachel Jacobson
Oriana López Uribe
Nida Mushtaq
Rinaldi Ridwan
Kokou Senamé Djagadou
Jakub Skrzypczyk

Collaboratrices
Rachel Arinii Judhistari
Ani Colekessian

Edition par
Ani Colekessian

Traduit de l'anglais par
Adrienne Beaudry

Graphisme
Satesh Mistry

Une publication de :
Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights
251, rue Bank, 5e étage
Ottawa (Ontario) K2P 1X3
Canada

Tél. : +1 (613) 562-3522
Téléc. : +1 (613) 562-7941
Courriel : admin@youthcoalition.org
Site Web : www.youthcoalition.org

ISBN 978-0-9921579-0-6

Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights œuvre à faire en sorte que les droits sexuels et reproductifs de tous les jeunes soient respectés, garantis et favorisés, et s'efforce d'engager la pleine participation des jeunes dans les processus décisionnels impactant leurs vies, au moyen de plaidoyers, de production de savoirs, d'échange d'information, de partenariats et de formations pour les jeunes activistes à l'échelle régionale et internationale.

La Liberté *de* Choisir

Un guide à l'intention des jeunes activistes et à l'appui du plaidoyer pour l'avortement sécurisé

2e édition



INTRODUCTION

Les faits parlent d'eux-mêmes :

- Les femmes de moins de 30 ans sollicitent deux tiers de tous les avortements non sécurisés.[1]
- Les adolescentes (âgée de 10 à 19 ans) représentent 70 % des hospitalisations pour cause de complications issues d'un avortement non sécurisé.[2]
- Les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans reçoivent 40 % de tous les avortements non sécurisés dans le monde ; trois millions d'avortements non sécurisés ont lieu chaque année parmi ce groupe.[3]

En d'autres mots, l'avortement non sécurisé est un grand enjeu en matière de santé et de droits de la personne pour les jeunes femmes du monde entier.

Cela dit, l'avortement est une question controversée partout dans le monde. Tandis que le droit à l'avortement a été une importante revendication du mouvement pour les droits génésiques et du mouvement de femmes depuis de nombreuses décennies, les besoins propres aux adolescentes, adolescents et aux jeunes ont souvent été éclipsés ou ignorés à l'intérieur de ces plus grands mouvements.

Si, ces dernières années, la question de la mortalité maternelle a commencé à recevoir le financement et l'attention politique qu'elle méritait, une des plus grandes causes de la mortalité maternelle n'a pas bénéficié d'un aussi grand soutien. En effet, cette cause a souvent été ignorée par le mouvement élargi pour la santé maternelle : l'avortement non sécurisé.

Le statut juridique de l'avortement d'un certain pays est l'un des plus grands déterminants de l'accès des jeunes femmes aux soins en matière d'avortement. En effet, le statut juridique de l'avortement des pays moins progressifs impose des mesures plus restrictives qui refusent souvent aux filles et aux jeunes femmes l'autonomie dont elles ont besoin pour exercer leur intégrité corporelle dans l'accès à ces services.[4] Qui plus est, des lois trop générales en matière d'avortement cachent souvent des obstacles très réels empêchant les femmes et, notamment, les jeunes femmes d'avoir accès aux soins. Même dans les pays où l'avortement est techniquement légal ou décriminalisé, les jeunes femmes ne sont pas toujours en mesure d'avoir accès aux soins en matière d'avortement. Par exemple, l'imposition de périodes d'attente obligatoires, les lois exigeant le consentement des parents ou du conjoint, le manque de financement public, le manque d'information sur l'avortement sécurisé et la condamnation sociale de l'avortement sont tous des facteurs qui limitent l'accès des jeunes femmes aux soins en matière d'avortement.

Comparativement aux femmes adultes, les jeunes femmes, toutes appartenances confondues, se butent à des difficultés additionnelles dans l'accès aux services d'avortement. Ces difficultés, souvent d'ordre juridique ou politique, limitent l'accès des jeunes femmes aux services et à l'information en matière de santé sexuelle et génésique, en ce que la prestation de ces services dépend de l'accompagnement de ces jeunes femmes ou du consentement d'un parent, tuteur ou conjoint. Ces lois de consentement

---

1 Iqbal H. Shah et Elisabeth Ahman, « Unsafe Abortion Differentials in 2008 by Age and Developing Country Region: High Burden among Young Women », *Reproductive Health Matters* 20, no 39 (2012): 170-171.
2 « Youth », Ipas, consulté le 15 octobre 2013, http://www.ipas.org/en/What-We-Do/Youth.aspx.
3 La Commission des femmes pour les réfugiés et collab., *La santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire : Une étude approfondie des services de planification familiale*, publication, décembre 2012, Contexte, consulté le 15 octobre 2013, http:/wrc.ms/YneBAU.
4 Pour une carte détaillée des lois en matière d'avortement en 2013, consulter : http://worldabortionlaws.com.

parental ou conjugal découragent les jeunes femmes à aller chercher les services et l'information dont elles ont besoin pour mener une vie saine et vivre pleinement leur sexualité. Par ailleurs, ces lois peuvent créer des situations où les jeunes femmes subissent la violence, le mépris ou la discrimination.

En outre, les jeunes femmes peuvent voir s'affaiblir leurs réseaux de soutien (pairs, institutions, organisations) pendant le processus d'avortement pour cause de réprobation sociale et d'inégalité des genres. Les jeunes femmes tendent à avoir un plus faible accès aux ressources requises pour recevoir un avortement (notamment, le transport, l'argent et le temps) à la lumière de leurs responsabilités à l'école, au travail ou dans la famille, par exemple. En outre, les jeunes femmes, contrairement aux femmes adultes, peuvent subir plus intensément le mépris, la discrimination et le jugement des professionnels de la santé, qui n'ont pas reçu de formation particulière pour mieux servir les jeunes. Ainsi, on constate que les jeunes femmes et les filles reçoivent des avortements non sécurisés même dans les contextes où l'avortement est légal.

Par ailleurs, les jeunes femmes pauvres, autochtones, lesbiennes ou bisexuelles, vivant avec le VIH, non mariées, migrantes, et autres, subissent souvent une plus grande réprobation sociale à cause de leur âge lorsqu'elles sollicitent un avortement. Cette condamnation peut se traduire en discrimination ou en refus des services, en dépit du fait que ceux-ci soient permis par la loi. De plus, les programmes qui ne ciblent que les jeunes femmes mariées excluent souvent les jeunes les plus vulnérables.

L'accès des jeunes femmes à l'avortement touche à certaines des questions les plus controversées dans toutes les cultures du monde : le rôle des parents, des communautés et des chefs religieux dans la prise de décision sur le sujet des enfants et de la sexualité des jeunes, des adolescentes et des adolescents. C'est dans ce contexte que le présent guide cherche à autonomiser les jeunes activistes travaillant sur les questions de droits sexuels et génésiques en leur donnant l'information et le contexte nécessaires pour mieux défendre les droits des femmes à l'avortement.

En revanche, le présent guide ne prétend pas offrir de mode d'emploi détaillé enseignant, étape par étape, comment élaborer une stratégie de plaidoyer ou une campagne. En effet, il a pour objectif de présenter le point de vue des jeunes sur certains des plus grands enjeux en matière de plaidoyer pour les droits des jeunes femmes à l'avortement.

La **Section 1** présente un survol de l'état actuel du droit de la personne en matière d'avortement à l'échelle internationale et régionale et présente des études de cas pour en dégager les tendances.

La **Section 2** présente les aspects médicaux et non médicaux de l'avortement sécurisé.

La **Section 3** offre des conseils et des ressources à l'appui du plaidoyer pour le droit des jeunes femmes à l'avortement.

La **Section 4** définit certains des termes clés employés dans le présent guide et dans le contexte élargi du mouvement pour les droits à l'avortement.

SECTION 1 | Gouverner l'avortement : politiques en matière d'avortement dans le monde

L'avortement est une question controversée et devient assujetti à une stricte considération politique depuis aussi tôt que le seizième siècle. Si les gouvernements, les familles, les législateurs et législatrices, les professionnels et professionnelles de la santé et les activistes ont longuement débattu des enjeux de l'avortement, ils l'ont rarement fait à l'intérieur du cadre des droits de la personne. Le caractère controversé de l'interruption des grossesses prend racine dans de nombreuses questions connexes : la conception de la vie humaine, la vision culturelle et religieuse du rôle génésique de la femme et de son autonomie à ce titre, ainsi que la privatisation des services, notamment du système de santé, qui augmente les coûts de l'avortement et en limite l'accès pour les jeunes femmes et les filles.

Par conséquent, il existe un très grand nombre de lois et de politiques qui gouvernent l'avortement dans différentes régions du monde. Ces lois et ces politiques sont principalement issus des différentes croyances, systèmes culturels et politiques en matière de croissance de la population, mais ont aussi la particularité de restreindre le droit des femmes à la vie ainsi qu'à l'autonomie et à l'intégrité corporelle. L'Organisation mondiale de la Santé (l'OMS) a reconnu que « les femmes, partout dans le monde, ont de fortes chances de recourir à l'avortement provoqué devant une grossesse non planifiée, indépendamment des mesures législatives. »[5] Ainsi, refuser de juridiquement reconnaître le droit des femmes à l'avortement crée des problèmes de santé additionnels, exposant les femmes aux risques de complications issus d'un avortement non sécurisé, complications qui peuvent mener à la mortalité et à la morbidité maternelle.

Si les femmes qui vivent dans les pays où les lois sur l'avortement sont plus ouvertes ont un meilleur accès à l'information et aux services d'avortement sécurisés, les avortements non sécurisés (notamment les auto-avortements) sont particulièrement élevés dans les pays aux lois plus restrictives. Par exemple, les lois sur l'avortement des pays d'Europe occidentale sont parmi les plus libérales et l'on constate dans ces pays les plus faibles taux d'avortement et de mortalité maternelle à la suite d'un avortement.[6] De même, les pays d'Europe de l'Est enregistrent les taux d'avortement les plus élevés et possèdent certaines des lois les plus strictes comparativement au reste de la région et aux pays similaires.[7]

En 1994, 179 pays ont signé le programme d'action (PA) de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), s'engageant ainsi à prévenir les avortements non sécurisés à l'échelle nationale.[8] Le PA comportait aussi la directive d'accorder une attention particulière aux adolescentes et aux jeunes femmes dans les programmes de prévention des grossesses non désirées et des avortements non sécurisés.[9] Près de 20 ans plus tard, plus de 30 pays ont libéralisé leurs lois sur l'avortement, soit en bannissant complètement les lois rendant l'avortement criminel, soit en ouvrant l'accès à l'avortement par des voies juridiques.[10]

---

5 Organisation mondiale de la Santé, ministère, Département Santé et recherche génésiques, publication, 2011, contexte juridique de l'avortement, consulté le 15 octobre 2013, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en index.html.
6 Ibidem.
7 Gilda Sedgh et collab., « Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008 », *The Lancet* 379, no 9876 (29 janvier 2012): 625-632, consulté le 15 octobre 2013, http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61786-8 abstract.
8 Nations Unies, *Conférence internationale sur la population et le développement : programme d'action* (Le Caire : Nations Unies, 1994), paragr. 8.24.
9 Ibidem, paragr. 8.19
10 Le Centre des droits reproductifs et l'UNFPA, *ICPD and Human Rights: 20 Years of Advancing Reproductive Rights Though UN Treaty Bodies and Legal Reform*, publication, 13 août 2013, avortement, consulté le 15 octobre 2013, http://reproductiverights.org en/document/icpd-human-rights-20-years-un-treaty-bodies-legal-reform.

La plupart des pays aux lois d'avortement libérales sont des pays du Nord ou de l'Asie de l'Est, avec certaines exceptions : d'une part, l'Afrique du Sud, où l'avortement sécurisé est disponible sans aucune restriction, et d'autre part, la Pologne, l'Irlande, Malte et la République de Corée, où les lois font contraste avec les tendances régionales. Dans les pays comme les États-Unis d'Amérique (É.-U.), l'Australie et le Mexique, les lois d'avortement se décident à l'intérieur de chaque état et, par conséquent, varient grandement au sein du pays.

En ce, les différentes administrations étatiques à l'intérieur des É.-U. ont le pouvoir de légiférer sur l'avortement au sein de leur juridiction en dépit de la légalisation de l'avortement à la suite de l'affaire Roe c. Wade. À l'heure actuelle, des mesures législatives et des politiques limitant l'accès à l'avortement (rendues possibles par des injonctions juridiques à la loi sur l'avortement) sont en vigueur au sein de 46 états des États-Unis.[11]

À ce jour, plus de 60 % de la population mondiale vit dans des pays où l'avortement est disponible sur demande sans aucune restriction ou bien dans des pays où l'avortement est juridiquement permis pour une multitude de raisons. En d'autres mots, seulement 26 % de la population du monde vit dans des pays où les lois sur l'avortement sont strictes. Cela signifie donc que plus de la moitié des femmes du monde vivent dans des pays où elles ont théoriquement accès à l'avortement sécurisé. Malheureusement, ces lois ne sont pas nécessairement mises en œuvre. Les sous-sections suivantes étayent la situation en présentant un bref survol de huit catégories générales de lois sur l'avortement en vigueur dans différents pays.

I. Complètement illégal ou uniquement permis pour sauver la vie d'une femme

Partout dans le monde, l'exception la plus commune aux lois punissant l'avortement consiste à permettre l'intervention si elle est nécessaire afin de sauver la vie d'une femme enceinte.[12] Certains textes législatifs définissent exactement ce que constitue une situation mettant en danger la vie d'une femme, mais en général il revient aux médecins réalisant ou autorisant l'avortement de prendre cette décision.

Dans les pays où la loi sur l'avortement se range dans cette catégorie, il est extrêmement difficile d'obtenir un avortement sécurisé. Les médecins sont souvent réticents à réaliser l'intervention, même quand cela est nécessaire d'un point de vue médical.

El Salvador a durci ses lois sur l'avortement en 1997 de façon à rendre l'intervention complètement illégale. Le pays a depuis enquêté sur 600 cas d'avortement illégal ayant culminé en 30 emprisonnements d'une durée pouvant aller jusqu'à 30 ans.[13]

Ces lois sont des plus dangereuses parce qu'elles forcent les femmes à entreprendre des démarches périlleuses. Dans les pays où les avortements volontairement provoqués sont passibles de poursuites, bon nombre de femmes se tournent vers les méthodes non sécurisées. Ces méthodes sont souvent pratiquées par des personnes sans formation et souvent dans des environnements insalubres ou avec des instruments ou des médicaments risqués. Les femmes iront parfois jusqu'à s'auto-avorter sans information. À la lueur de ces faits, les femmes ayant subi une intervention non sécurisée finissent

11 Guttmacher Institute, *State Policies in Brief: An Overview of Abortion Laws*, issue brief, 1er octobre 2013, Highlights, consulté le 15 octobre 2013, http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_OAL.pdf.
12 Au moment de la rédaction, les seuls pays qui n'admettaient pas cette exception étaient : le Chili, Malte, El Salvador et le Nicaragua.
13 Watts, Jonathan. « El Salvador Judges Deny Abortion to Seriously Ill Woman ». *El Salvador Judges Deny Abortion to Seriously Ill Woman*. The Guardian, 30 mai 2013. Web. Consulté le 15 octobre 2013. <http://www.theguardian.com/world/2013/may/30/el salvador-deny-abortion-seriously-ill-woman>.

souvent par solliciter des soins d'urgence à hôpital ou à d'autres établissements de santé, où elles risquent d'être dénoncées aux autorités pour avoir tenté un avortement. Cette situation décourage les femmes d'obtenir les soins médicaux nécessaires et peut donner lieu à des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles.

II. Protéger la santé physique d'une femme

Cette indication légale à l'avortement permet aux femmes d'avoir accès à l'avortement sécurisé afin de protéger leur santé physique. Le terme santé physique peut être sujet à interprétation, mais certains pays le définissent étroitement et précisent exactement quelles affections se rangent sous cette catégorie. D'autres pays n'ont pas de telles directives et laissent au médecin la discrétion de prendre cette décision.

Dans certains pays, le terme santé n'est pas particulièrement limité à la santé physique et peut aussi comprendre la santé mentale. Dans ces cas, l'avortement est permis pour n'importe quel risque d'atteinte à la santé de la femme dans un sens large. Bien que cette exception soit rare, bon nombre de femmes ont réussi à contester les lois sur l'avortement sur ce fondement.

> En avril 2000, une Polonaise du nom de madame Alicja Tysiąc s'est vue refusée un avortement légal en dépit du risque d'une détérioration de son acuité visuelle et d'une rupture de son utérus. Elle a éventuellement amené le cas à la Cour européenne des droits de l'homme, où il a été jugé qu'« un être humain était né à la suite d'une violation de la Convention européenne des droits de l'homme ».[14]

Les définitions floues ont mené certains États à refuser à certaines femmes des avortements qui auraient autrement été légaux. Par exemple, l'avortement est illégal dans la plupart des circonstances au Costa Rica, mais le code pénal du pays permet l'avortement quand une grossesse compromet la vie ou la santé d'une femme. Malgré cela, de nombreuses femmes se voient refuser l'accès aux services d'avortement même dans ces circonstances. Dans l'absence d'une définition juridique claire, les tribunaux ont le pouvoir de condamner un médecin à jusqu'à dix ans de prison pour avoir pratiqué un avortement jugé illégal.[15]

III. Protéger la santé mentale d'une femme

Dans de nombreux pays, l'avortement est légal quand la grossesse compromet la santé mentale d'une femme. La définition du terme santé mentale varie de pays en pays, mais la définition adoptée par la plupart des pays du Commonwealth britannique comprend les notions de : détresse émotionnelle causée aux enfants actuels ou détresse émotionnelle causée à la femme enceinte. Maints pays permettant l'avortement en raison de santé mentale s'appuient sur la décision Rex c. Bourne des tribunaux britanniques, qui indique que, en dépit de l'absence d'exception à la loi permettant un avortement légal sur fondement de santé physique ou mentale, les avortements réalisés pour ces deux raisons sont légaux.[16] Actuellement, seulement 21 pays du monde permettent cette exception à des lois sur l'avortement autrement strictes.

---

14 Centre des droits reproductifs, « Center for Reproductive Rights Applauds Landmark Abortion Decision by European Court of Human Rights », communiqué de presse, 20 mars 2007, Centre des droits reproductifs, consulté le 15 octobre 2013, http:/ reproductiverights.org/en/press-room/center-for-reproductive-rights-applauds-landmark-abortion-decision-by-european-court-of-h. et Tysiąc c. Pologne (Cour européenne des droits de l'homme, 24 septembre 2007).

15 Centre des droits reproductifs, « Despite Country's Own Laws, Costa Rica Continues to Deny Women Legal Abortion », communiqué de presse, 23 août 2013, Centre des droits reproductifs, consulté le 15 octobre 2013, http://reproductiverights.org/en/press-room despite-country's-own-laws-costa-rica-continues-to-deny-women-legal-abortion.

16 Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population, *World Abortion Policies* 2013, publication, Notes, consulté le 15 octobre 2013, http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf.

IV. Grossesse non désirée issue du viol ou de l'inceste

Cette indication légale permet aux femmes ayant subi le viol ou l'inceste de recourir légalement à l'avortement via des soins sécurisés. Cette exception à la loi est commune partout dans le monde ; certains pays nomment le viol et l'inceste particulièrement dans leurs lois, tandis que d'autres indiquent acte criminel, ce qui permet aux avortements d'être pratiqués sous d'autres circonstances, comme pour l'atteinte sexuelle sur mineur. Néanmoins, certains pays exigent que les femmes contactent la police et déposent devant les tribunaux leurs accusations contre le violeur afin de recevoir la permission d'obtenir un avortement. Cette exigence est extrêmement nocive et décourage de nombreuses femmes à tenter d'obtenir un avortement par des voies licites. Dans d'autres cas, les autorités placent le fardeau de la preuve du viol ou de l'inceste sur la femme ou prennent trop de temps à traiter les documents nécessaires, ce qui finit par empêcher la femme d'obtenir un avortement étant donné les délais fixés selon la gestation.[17]

V. Malformation fœtale

La majorité des pays du monde permettent aux femmes d'obtenir un avortement en raison de malformation fœtale, et ce, même au deuxième trimestre dans la plupart des cas. Les lois sur l'avortement de bon nombre de pays comprennent cette exception, notamment l'Iran, le Panama et l'Indonésie, dont l'approche juridique à l'avortement est autrement extrêmement stricte.

La définition de « malformation fœtale » est ouverte à interprétation et chaque pays la définit en ses propres termes. Dans la plupart des pays, la définition de malformation fœtale est issue du droit colonial français et britannique et comprend « un important risque que l'enfant né souffre d'anomalies physiques ou mentales et soit sérieusement handicapé » ou « une forte possibilité que l'enfant à naître souffre d'une affection particulièrement sérieuse jugée incurable au moment du diagnostic ».[18]

VI. Raisons économiques ou sociales

La permission juridique d'interrompre une grossesse pour des raisons économiques ou sociales varie grandement entre les pays qui admettent cette exception. Certains pays, comme la Barbade, citent exactement quelles conditions sociales ou économiques se prêtent à cette exception de la loi.

> La loi sur l'avortement de la Barbade précise que le professionnel ou la professionnelle de la santé doit, au moment d'évaluer si la continuation de la grossesse risque de nuire à la santé de la femme, aussi tenir compte de « l'environnement social et économique de la femme enceinte, actuel ou envisagé ».[19]

D'autres pays comme le Burundi et l'Éthiopie ne permettent pas l'avortement sur fondement social ou économique, mais permettent à ce que le facteur soit pris en compte au moment de déterminer la peine d'une femme ayant obtenu un avortement illégalement.

---

17 Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population, *Abortion Policies – A Global Review*, publication, vol. 2 (New York : Nations Unies, 2001), Explanatory Notes.
18 ICMA, « Abortion for Fetal Impairment », International Consortium for Medical Abortion, consulté le 15 octobre 2013, http://www medicalabortionconsortium.org/articles/print/?tid=312%3E. Tel que cité dans le droit colonial britannique et le droit colonial français, respectivement.
19 Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, *Abortion Policies: A Global Review*, publication (New York : Nations Unies, 2001), Barbade.

L’Éthiopie a entrepris d’examiner son code criminel en 2005 et a passé en revue, par la même occasion, sa législation en matière d’avortement. Cette dernière a pu être modifiée pour permettre l’avortement dans le cas de mineures qui ne seraient pas préparées physiquement ou psychologiquement à élever un enfant.[20]

La plupart des pays dont les lois sur l’avortement tiennent compte des facteurs économiques et sociaux donnent lieu à des interprétations très libérales de la loi et sont, en pratique, très semblables aux pays où l’avortement est disponible sur demande.[21] Ce phénomène explique probablement pourquoi la Pologne ne considère désormais plus les facteurs socioéconomiques comme juridiquement admissibles à l’avortement.

VII. Disponibilité sur demande : avortement permis quel que soit le motif

Dans les pays où les lois permettent l’avortement sur demande, les femmes n’ont pas à justifier leur décision. Elles n’ont qu’à trouver un médecin disposé à pratiquer l’avortement. Cela dit, nombreux pays dont les lois sur l’avortement sont des plus libérales imposent tout de même des délais selon la gestation, qui rendent souvent l’avortement disponible au premier trimestre seulement, après quoi une femme doit présenter une raison jugée valable pour mettre un terme à sa grossesse.[22] En outre, qu’un pays bénéficie de lois et de politiques permettant l’avortement quel que soit le motif ne garantit pas que le gouvernement se chargera de rendre accessibles, ni même disponibles, les soins sécurisés en matière d’avortement.

Quels sont les retentissements de ces limitations sur les jeunes ?

Tous les cas susmentionnés traitent d’avortements permis par la loi. Cependant, les jeunes femmes et les adolescentes sont susceptibles de rencontrer davantage d’obstacles au moment de solliciter un avortement légal à cause de stipulations additionnelles relatives au consentement, à l’obligation de contacter les parents ou aux coûts, entre autres.

La plupart des pays reconnus pour leurs lois libérales en matière d’avortement ont aussi des mesures législatives qui limitent l’accès à l’avortement par l’entremise de conditions telles que l’autorisation par un tiers parti ; les délais selon la gestation ; un temps d’attente obligatoire entre la consultation et l’avortement ; la présentation obligatoire devant un comité médical pour justifier l’avortement ; l’obligation de recevoir des services de soutien psychologique et conseils avant de subir l’intervention, etc.

Des 61 pays où l’avortement est disponible sans restriction, 21 pays exigent une autorisation parentale ou conjugale. On constate par ailleurs l’imposition de délais selon la gestation chez certains des pays les plus libéraux, notamment, l’Autriche, la Belgique, la Suède et l’Allemagne.

> En France, l’avortement est disponible en toute circonstance, mais n’est permis que jusqu’à la 14e semaine de gestation et moyennant une période d’attente obligatoire de sept jours. Le soutien psychologique est également obligatoire pour les moins de 18 ans en France avant de recevoir l’intervention, bien que le consentement des parents ne soit pas exigé par la loi.[23]

---

20 Ipas. « New Law in Ethiopia Represents a Step Forward for Women’s Reproductive Rights ». Communiqué de presse, 7 juin 205. Ipas. Consulté le 25 avril 2007.
21 Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population, op. cit.
22 Ibidem.
23 Pinter B et collab., « Accessibility and Availability of Abortion in Six European Countries », *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 10, no 1 (2005): 54, doi:10.1080/13625180500035231.

En plus des questions d'ordre juridique, l'accès à l'avortement sécurisé est souvent aussi rendu difficile par de nombreux autres obstacles socioéconomiques de la part des États. Ces difficultés sont aussi issues d'un manque de volonté de ces derniers à investir dans la prestation d'avortements sécurisés, disponibles et accessibles à un prix raisonnable, et ce, sans réprobation sociale ni discrimination.

Le Canada est le seul pays du monde où il n'existe aucune loi fédérale contre l'avortement. La Cour Suprême du Canada a déclaré anticonstitutionnelle la criminalisation de l'avortement en 1988, en ce qu'elle enfreignait le droit d'une femme à « la vie, la liberté et la sécurité de la personne ».[24]

Le Kenya a assoupli ses lois sur l'avortement dans sa constitution de 2010 en donnant aux professionnels et professionnelles de la santé un plus grand espace de décision au moment d'évaluer une demande d'avortement, mais le taux de 48 avortements pour 1000 femmes – soit le plus haut en Afrique et surtout constitué d'avortements non sécurisés – persiste. L'absence d'infrastructure de santé à l'appui des soins en matière d'avortement et le mépris très répandu des femmes sollicitant un avortement sont deux grands obstacles à la prestation d'avortements sécurisés pour les femmes.[25]

La condamnation sociale de l'avortement figure parmi les obstacles les plus difficiles à vaincre et requiert de changer du tout au tout les comportements et les attitudes d'une communauté. De nombreuses familles et professionnels de la santé culpabilisent les femmes qui sollicitent un avortement en projetant sur elles des stéréotypes culturels genrés et des rôles en matière de procréation. Dans de telles situations, les femmes sont forcées de mener une grossesse non désirée à terme ou d'avoir recours à l'avortement illégal – souvent non sécurisé – même là où des lois libérales sont en vigueur. Tel a été le cas au Népal, un pays souvent cité comme modèle dans le monde pour ses lois libérales qui font contraste avec les lois de ses homologues d'Asie du Sud et du Grand Sud.[26]

Bon nombre de pays aux lois sur l'avortement libérales permettent aux médecins de refuser de réaliser un avortement dans le cas d'une incompatibilité perçue avec les dictats religieux, moraux ou éthiques de leur conscience, officiellement appelée objection de conscience.[27] Sans protocoles de renvois établis dans de tels cas, une femme peut devoir attendre longtemps avant de trouver un médecin disposé à réaliser un avortement de façon à souvent s'approcher de l'âge gestationnel maximum pour l'avortement ou à le dépasser.

---

24 Association canadienne pour la liberté de choix, « Historique », Association canadienne pour la liberté de choix, consulté le 15 octobre 2013, http://www.canadiansforchoice.ca/francais/historicalbackground.html.

25 Joselow, Gabe. « Unsafe Abortions Continue in Kenya Despite Reforms ». VOA. 22 août 2013. Consulté le 17 octobre 2013. http:/ www.voanews.com/content/unsafe-abortions-continue-in-kenya-despite-legal-reforms/1734844.html.

26 Leila Hessini, « Abortion Stigma Is Global », ChoiceUSA 8 mars 2013, consulté le 15 octobre 2013, http://www.choiceusablog.org abortion-stigma-is-global-2.

27 Judith Bueno De Mesquita et Louise Finer, *Conscientious Objection: Protecting Sexual and Reproductive Health Rights*, publication (Essex : Human Rights Center, Université d'Essex, 2008).

SECTION 2 | Comprendre l’avortement sécurisé

En tant que droit de la personne fondamental

Quand nous revendiquons *les droits de la personne des femmes* (ou les droits des femmes), nous revendiquons l’égalité entre les femmes et les hommes : c’est-à-dire, que tous les droits entérinés dans les conventions en matière de droits de la personne doivent être respectés, protégés et favorisés sans aucun type de discrimination, notamment sans discrimination fondée sur le sexe. On peut aussi interpréter que le terme *sans aucun type* comprend la discrimination fondée sur l’âge, particulièrement importante à la lueur des droits sexuels et génésiques des jeunes.

Les droits des femmes sont propres aux êtres humains du sexe féminin qui subissent une discrimination pour le simple fait d’être femme. Quand nous défendons *les droits des femmes*, nous défendons la reconnaissance des femmes et des hommes en tant qu’égaux, mais différents en matière d’expérience et de sexe biologique. Certains exemples de violations des droits des femmes comprennent des pratiques traditionnelles ou culturelles dommageables, comme la mutilation génitale des femmes, le mariage d’enfants ou la violence à l’égard des femmes.

L’avortement est un droit des femmes, étant donné que les grossesses n’ont lieu que dans le corps des femmes. En ce, seules les femmes ont le droit de décider de poursuivre, ou non, une grossesse.

Quand les États criminalisent des services de santé uniquement employés par des femmes, ils discriminent les femmes. En outre, le droit à l’avortement est aussi un *droit des jeunes femmes*. Tous les droits de la personne doivent être respectés, protégés et favorisés sans aucun type de discrimination, notamment sans discrimination fondée sur le sexe ni l’âge.

Comme partie du système de santé

Partout dans le monde, des lois définissent les conditions selon lesquelles l’avortement peut être fourni à une jeune femme dans le cadre d’un programme de *santé maternelle*. Malgré tout, l’avortement est souvent conditionnel : les situations au cours desquelles le fœtus souffre d’une maladie congénitale sévère et où la vie de la femme enceinte est à risque sont considérées comme normales, tandis que les jeunes femmes sont incapables d’obtenir des services d’avortement au moyen d’une décision autonome.

Accessibilité des soins sécurisés en matière d’avortement

Professionnels de la santé

Les professionnels et professionnelles de la santé doivent être en mesure de fournir des soins aux jeunes femmes cherchant des services d’avortement *sécurisés* sans jugement et en offrant des services adaptés aux jeunes.

L’accessibilité des jeunes femmes aux soins en matière d’avortement est souvent compromise pour des raisons bien loin de l’inaptitude d’un fournisseur à offrir des soins complets en matière d’avortement ou de recevoir une formation à cette fin. Le refus des services d’avortement pour des raisons socioculturelles et religieuses compromet les droits des femmes. Qui plus est, le droit à la non-discrimination empêche les professionnels et professionnelles de la santé de refuser de pratiquer un avortement sécurisé sur des bases d’objection de conscience. Si les professionnels de la santé en

tant que personnes peuvent s’opposer à la prestation directe de services en invoquant l’objection de conscience, il faut mettre des mesures en place pour veiller à ce que :

- Les jeunes femmes reçoivent des renseignements exacts ;
- Elles soient renvoyées sans tarder à un autre professionnel ou une autre professionnelle de la santé où elles pourront obtenir les services ;
- Seuls les professionnels et professionnelles de la santé participant directement à la prestation des services d’avortement ont le droit à l’objection de conscience ;
- Les institutions n’ont pas droit à l’objection de conscience.

Tous les établissements de santé doivent être dotés de professionnels et professionnelles capables d’offrir, sur demande, des soins complets en matière d’avortements aux femmes et aux jeunes femmes. Ils doivent aussi mettre en place un système de renvoi efficace pour les cas qui dépasseraient leurs capacités. La fourniture de contraception et de soutien psychologique postérieurement aux services d’avortement sécurisés constitue une composante importante des services. Cependant, les fournisseurs doivent respecter le droit d’une femme de choisir de recourir, ou non, à la contraception. La stérilisation ou la contraception forcée constituent une violation des droits fondamentaux des femmes.

Le consentement parental

La décision d’une jeune femme de se faire avorter peut être assujettie au consentement écrit ou à la signature d’un tuteur légal. Cela peut mener à l’avortement forcé ou au refus des services d’avortement. Le principe de développement des capacités en évolution du mineur ainsi que le principe d’intérêt supérieur du mineur constituent des éléments centraux de la jurisprudence et informent les obligations des États-nations et les droits des adolescentes. En effet, l’âge chronologique comme tel ne déterminera pas si une adolescente peut recourir à la contraception ou aux services d’avortement sans en informer ses parents et sans leur approbation, mais bien la maturité en matière de développement et, notamment, la capacité de comprendre la nature et les conséquences d’une méthode contraceptive donnée ou d’un avortement.

Les adolescentes et les jeunes femmes doivent pouvoir avoir accès aux services d’avortement sans devoir obtenir au préalable le consentement de leurs tuteurs, de façon à pleinement respecter leur vie privée et à garantir la confidentialité.

Période d’attente obligatoire

Certains pays imposent une période d’attente entre la consultation par rapport à l’avortement et l’intervention comme telle. La consultation comprend normalement : la détermination de l’âge gestationnel du fœtus, des renseignements par rapport au développement du fœtus, les risques de l’avortement et de la naissance, ainsi que des ressources disponibles pour les femmes enceintes à faible revenu, entre autres.

De telles périodes d’attente n’ont aucune fonction médicale et sont employées pour limiter l’accès à l’avortement. Les professionnels et professionnelles de la santé doivent obtenir le consentement éclairé des femmes, notamment des jeunes femmes et des adolescentes, avant toute intervention et ne doivent pas imposer de fardeau additionnel aux femmes qui sollicitent des services d’avortement.

Le caractère obligatoire de ces lois doit être révoqué, car elles entravent l’aptitude des femmes, notamment des jeunes femmes et des adolescentes, à prendre une décision éclairée relativement à l’interruption de grossesse.

Accessibilité financière des soins sécurisés en matière d'avortement

Coûts des services

Les services d'avortement *sécurisés* sont associés à des coûts et exigent souvent qu'une femme paie pour une partie ou la totalité de l'intervention. L'avortement non *sécurisé* prend racine dans les inégalités sociales et économiques. Dans les pays où l'avortement est extrêmement limité, les femmes mieux nanties peuvent avoir la possibilité de payer pour des services d'avortement *sécurisés*, tandis que les femmes pauvres peuvent être forcées de se tourner vers un fournisseur sans formation ou de subir l'intervention dans des conditions insalubres. Les jeunes femmes sont encore moins susceptibles d'être en mesure de payer pour des services d'avortement *sécurisés* étant donné leur dépendance économique et sociale.

Les gouvernements sont redevables à leurs citoyennes et citoyens pour l'état des services offerts relativement à l'avortement *sécurisé* afin d'améliorer la santé des femmes. Afin de rendre plus accessibles financièrement les services d'avortement *sécurisés*, les acteurs étatiques doivent considérer les services et les soins en matière d'avortement comme partie intégrante des programmes d'assurance publiques et privés.

Commodités

Les services d'avortement *sécurisés* exigent un approvisionnement durable en commodités relatives à la santé sexuelle et génésique, notamment en produits pharmaceutiques et en équipement. En 2005, l'OMS a ajouté la mifépristone et le misoprostol à sa liste de médicaments essentiels.[28] Au même titre que les antibiotiques, les analgésiques et les contraceptifs, ces deux médicaments doivent être immédiatement disponibles, accessibles et bon marché à l'intérieur des systèmes de santé publics et privés.

Acceptation de soins sécurisés en matière d'avortement

Même quand les services d'avortement *sécurisés* sont disponibles et financièrement accessibles, les jeunes femmes peuvent tout de même ne pas y avoir accès en raison d'une méfiance, fondée ou non, à l'égard des soins fournis. Les services d'avortement *sécurisés* n'abordent peut-être pas adéquatement les questions sous-jacentes à la demande pour le service, notamment, la violence sexuelle, la coercition ou le manque de consultations en matière de santé sexuelle et génésique. Certains professionnels ou professionnelles de la santé discriminent contre les jeunes femmes non mariées et sexuellement actives, tandis que d'autres ne respectent pas la vie privée des patientes ou la confidentialité des services.

> Les politiques et les formations doivent intégrer la prestation de services non discriminatoires et adaptés aux jeunes à la prise en charge intégrale de la santé sexuelle et génésique.

Une prestation acceptable de services d'avortement doit : avoir lieu dans des établissements bien équipés ; fournir la plus haute qualité de soins possible ; et être disponible et accessible, notamment financièrement accessible, pour toutes les femmes, y compris les jeunes femmes et les adolescentes.

---

28 La Liste des médicaments essentiels, qui s'adresse aux gouvernements, conseille quels produits pharmaceutiques les médecins devraient toujours avoir sous la main.

Les soins sécurisés en matière d'avortement doivent aussi s'attaquer à la réprobation sociale de l'avortement en employant des stratégies différentes pour les patientes et pour les professionnels de la santé. Des attitudes réprobatrices de la part des professionnels de la santé découragent les femmes et, notamment, les jeunes femmes, à solliciter les services, ce qui met par le même fait en péril leurs vies et leur santé.

Installations équipées

Les installations de la santé doivent respecter les normes sanitaires et être suffisamment et durablement équipées sur le plan médical et chirurgical. Qui plus est, une étude de 2005 indique que la plupart des femmes seraient ravies d'avoir le choix de recevoir un avortement à domicile ou à l'hôpital, ce qui fait en sorte que le développement de l'avortement à domicile doit être vu comme complémentaire aux services réalisés à l'hôpital et non comme une solution de remplacement.[29] L'avortement médical à domicile s'est avéré être sans danger sous certaines conditions et des études de cohortes prospectives n'ont montré aucune différence en terme d'efficacité ou d'acceptabilité entre les avortements médicaux réalisés à domicile ou ceux réalisés en clinique, et ce, dans tous les pays.[30]

Qualité des soins sécurisés en matière d'avortement

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, il existe de preuves évidentes que la qualité demeure un sérieux problème, et ce, même chez les systèmes de santé matures et bénéficiant d'abondantes ressources. En effet, certains résultats attendus ne sont pas obtenus de façon prévisible et l'on constate une grande variation dans les standards de soins de santé fournis à l'intérieur d'un même système ainsi qu'entre les différents systèmes de santé.[31] Les services en matière d'avortement doivent répondre aux besoins des femmes, notamment des jeunes femmes et des adolescentes, en respectant les normes les plus élevées en matière de conduite éthique, d'excellence clinique et de sécurité. Davantage de ressources doivent être investies pour renforcer les systèmes de santé et augmenter le nombre de professionnels et professionnelles de la santé si nécessaire.

> La formation reçue par les professionnels de la santé se centre principalement sur la physiologie et les traitements, mais doit aussi inclure la dimension genrée et la dimension des droits de la personne des soins fournis.

Responsabilisation

Les États doivent responsabiliser les acteurs concernés à l'échelle nationale quantau respect des droits relatifs à la santé sexuelle et génésique et mettre en place des mécanismes de protection des droits des femmes à tous les niveaux. Ce faisant, les politiques et les programmes gouvernementaux doivent éliminer les obstacles qui empêchent les femmes, notamment les jeunes femmes et les adolescentes, de bénéficier de la meilleure santé possible. Ces obstacles sont d'ordre :

---

29 Haitham Hamoda et collab., « Home Self-administration of Misoprostol for Medical Abortion up to 56 Days' Gestation », *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 31, no3 (2005) : 189-192, doi:10.1783/1471189054483915.

30 Thoai D. Ngo et collab., « Efficacité, sécurité et acceptabilité comparatives de l'avortement médical à domicile et en clinique : une évaluation systématique », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 4 mars 2011, Complete Abortion, consulté le 15 octobre 2013, doi:10.2471/BLT.10.084046.

31 Rafael Bengoa et collab., *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2006), 3, consulté le 15 octobre 2013, http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def pdf.

- Juridique, comme la non-reconnaissance du droit aux services d’avortement dans les lois nationales ;
- Économique, comme les frais ou coûts élevés des médicaments ou des services rendus ;
- Culturel, comme la discrimination ou les pratiques dommageables aux femmes, notamment aux jeunes femmes et aux adolescentes ;
- Social, comme le manque d’information, d’éducation et d’autonomisation des femmes, notamment des jeunes femmes et des adolescentes.

Dans le cadre de ces mécanismes de responsabilisation, les jeunes femmes devraient participer aux évaluations du système de santé pour veiller à ce que les services et les soins fournis en matière d’avortement, ainsi que les autres services en matière de santé sexuelle et génésique, répondent à leurs besoins. À partir de ces évaluations, les autorités devraient mettre en place des stratégies d’amélioration continue dans le cadre d’une réforme visant à adapter le système de santé aux jeunes et au genre et à faire en sorte qu’il soit axé sur les droits.

SECTION 3 | Revendiquer le droit à l'avortement

Parler de l'avortement : messages à employer et à éviter

Être activiste pour les droits sexuels et génésiques, particulièrement pour le droit à l'avortement, comporte ses défis. Vous subissez peut-être le mépris, la honte ou même des attaques personnelles. Voilà pourquoi il est important d'avoir une idée très claire de la façon de communiquer votre message, d'autant plus si vous vivez dans un contexte où l'avortement fait l'objet d'une forte condamnation sociale.

Voici certains messages à employer avec grande prudence en tant qu'activiste pour les droits sexuels et génésiques.[32]

À employer	À éviter
Les avortements légaux, accessibles et sécurisés sauvent la vie des jeunes femmes. C'est uniquement en donnant aux jeunes femmes accès à des services d'avortement sécurisés dans un environnement favorable (sur le plan des politiques et de la tolérance sociale) que les complications médicales et la mortalité maternelle issues de l'avortement non sécurisé pourront devenir des phénomènes véritablement rares. Les statistiques montrent que les pays aux lois sur l'avortement plus libérales ont de plus faibles taux de mortalité maternelle pour cause d'avortement non sécurisé.	L'avortement est un meurtre. Ce genre de message constitue un grand faux pas puisque le meurtre ne fait référence qu'à un être humain. Or, un fœtus n'est pas un être humain.
Toutes les jeunes femmes ont le droit de choisir de mener à terme, ou non, une grossesse, ainsi que le droit d'avoir accès à des services d'avortement sécurisés et légaux à un coût raisonnable.	Faire référence à la vie d'un fœtus ou à la vie du *bébé*.
Aucune jeune femme ne devrait être forcée de devenir mère. Le choix personnel de devenir mère (ou non) revient à chaque jeune femme et doit être respecté.	L'avortement fait d'une jeune femme la mère d'un bébé mort.
Toutes les jeunes femmes ont le droit d'avoir accès à des services sécurisés en matière d'avortement.	Faire référence aux droits de *l'enfant à naître* ou au droit à la vie de *l'enfant à naître*.

32 International Planned Parenthood Federation, *Youth Messaging Checklist*, document interne (Londres, 2011), 6-9.

À employer	**À éviter**
Toutes les jeunes femmes ont le droit de prendre des décisions par rapport à leurs corps, de décider si elles veulent avoir un enfant, à quel moment et dans quelles circonstances.	L'avortement sécurisé est mauvais pour la santé.
Il existe différentes méthodes d'avortement sécurisé pouvant être employées dans différentes circonstances. Il revient à la jeune femme de déterminer la méthode de son choix (avortement médicamenteux, aspiration, avortement chirurgical).	Le recours à un langage *moral*, c.-à-d., « l'avortement est un péché » ou « l'avortement s'oppose à la volonté de Dieu ».
Les lois et politiques de participation parentale ou conjugale obligatoires constituent des obstacles qui empêchent de nombreuses jeunes femmes d'accéder aux soins sécurisés en matière d'avortement. Les jeunes femmes bénéficient d'une capacité en évolution de prendre des décisions liées à leur autonomie corporelle. Une jeune femme peut décider de manière autonome d'avoir un avortement (ou non) et, si elle le souhaite, bénéficier du soutien de ses proches dans cette prise de décision.	Une jeune femme doit obtenir le consentement d'un parent, d'un tuteur ou du conjoint avant de recevoir un avortement.
L'avortement non sécurisé est une question de santé publique, notamment pour les jeunes femmes. Le manque d'accès à des services sécurisés en matière d'avortement est aussi une violation des droits de la personne.	Les jeunes femmes devraient se sentir coupables d'obtenir un avortement.
Tous les services d'avortement sécurisés doivent être fournis en toute confidentialité. L'avortement, lorsque sécurisé, comporte très peu de risques de complications ; c'est l'avortement non sécurisé qui donne lieu à des taux élevés de morbidité et de mortalité.	L'avortement tue.

À employer	À éviter
Réduire et éliminer la mortalité et la morbidité liées aux avortements non sécurisés chez les jeunes femmes passe nécessairement par une approche à deux volets : 1. La prestation de services accessibles et adaptés aux jeunes en matière de santé sexuelle et génésique, ainsi qu'une éducation complète à la sexualité ; 2. Les activités de plaidoyer pour rendre l'avortement sécurisé, légal et accessible pour les jeunes femmes partout dans le monde. Une grossesse non voulue peut être difficile et un avortement non sécurisé peut être traumatisant. D'autre part, un avortement sécurisé peut être une expérience positive et soulageante.	L'avortement est toujours une expérience difficile ou traumatisante ou encore une tragédie pour chaque jeune femme.
Aucune jeune femme ne devrait être forcée de subir un avortement. L'avortement est un choix qui doit être respecté. La décision de ne pas se faire avorter fait aussi partie des droits génésiques et doit également être respectée.	
Les avortements non sécurisés peuvent donner lieu à des conséquences négatives. Cependant, les avortements sécurisés renforcent le droit des jeunes femmes à la santé, à la justice sociale et à leur autonomie corporelle.	
Les hommes peuvent jouer un rôle actif de soutien dans l'avortement sécurisé, notamment en respectant le droit de la femme à prendre la dernière décision quant à sa grossesse.	

Si un message clair et ferme est important, il est tout aussi crucial d'employer une terminologie exacte. Les groupes fondamentalistes et conservateurs emploient des arguments fondés sur la religion, la culture et la tradition pour affaiblir les droits de la personne, notamment les droits sexuels et génésiques. Voici dix termes en matière de droits à l'avortement qui pourraient poser problème s'ils sont mal employés.

Oui	Non	Pourquoi ?
Anti-choix	Pro-vie	Le terme *pro-vie* sous-entend que le choix est contre la vie. Les activistes des droits à l'avortement revendiquent le droit des femmes à la santé et à la vie.
Femme enceinte	*Mère* pour désigner une femme enceinte	Employer *mère* ou père pendant la grossesse sous-entend l'existence d'un *enfant*, ce qui n'est pas encore le cas. Une femme enceinte porte un embryon ou un fœtus jusqu'à la naissance. Toutes les femmes sont des femmes même quand elles sont aussi des mères. Les activistes doivent aborder les questions des jeunes femmes depuis une perspective de droit. Le terme « mère » est chargé de signifiants culturels et est souvent employé pour forcer les femmes à adopter certains rôles.
Embryon Fœtus	Bébé à naître Enfant à naître *Bébé* pendant la grossesse ou la gestation	Employer *bébé* ou *enfant à naître* sous-entend qu'une femme est enceinte d'un enfant complètement développé. Or, elle est enceinte d'un embryon ou d'un fœtus. Employer le terme *bébé* ou enfant sous-entend également que le fœtus ou l'embryon a les mêmes droits que les enfants ou les bébés, ce qui n'est pas le cas.
Confier en adoption Donner en adoption Choisir l'adoption Élaborer un plan d'adoption	Abandonner Se débarrasser Délaisser Renier Renoncer	Il est préférable d'employer un langage sans jugement et qui sous-entend qu'une femme prend une décision responsable et éclairée par rapport à l'adoption.
Les produits de la conception	*Le fœtus* mort en lien à l'avortement provoqué	*Produits de la conception* est le terme exact d'un point de vue médical.

Oui	Non	Pourquoi ?
	Employer avortement illégal et avortement non sécurisé de façon interchangeable.	L'avortement illégal et l'avortement non sécurisé ne sont pas du pareil au même. L'avortement illégal enfreint les termes établis du cadre légal d'un pays. Les avortements illégaux peuvent être sécurisés s'ils sont pratiqués par des professionnels de la santé ayant reçu une formation ; sont réalisés avec tous les médicaments et l'équipement requis ; et respectent les normes d'hygiène. Un avortement non sécurisé est réalisé dans des conditions précaires ou par une personne sans formation adéquate. Ainsi, il est possible qu'un avortement légal soit non sécurisé.
	Droits de l'enfant à naître	Un fœtus ou un embryon ne bénéficie pas des droits de la personne. Seules les personnes peuvent bénéficier des droits de la personne. Tandis que tous les types de vie ont une *valeur*, notamment la vie du fœtus, seules les personnes ont *des droits*.
L'avortement est limité Des lois restreintes sur l'avortement L'avortement est légal dans les circonstances suivantes...	Illégal	L'avortement est complètement illégal dans très peu de pays. La majorité des pays du monde ont des lois ou des mesures législatives qui limitent l'avortement. Il est important de faire cette distinction, notamment afin que les jeunes soient conscients du statut juridique de l'avortement dans leur pays.
Favoriser le choix	Favoriser l'avortement	Chaque femme a le droit génésique de continuer ou d'interrompre sa grossesse et cette décision lui appartient. Les femmes ont besoin d'un environnement favorable leur donnant des options, de l'information et des services, indépendamment de leur décision.

Oui	Non	Pourquoi ?
	Employer *grossesse non désirée, grossesse accidentelle et grossesse non planifiée* de manière interchangeable	Il est important de faire la distinction entre une grossesse non désirée et une grossesse accidentelle ou non planifiée. Les grossesses non planifiées ou accidentelles sont des grossesses qui arrivent à un mauvais moment et sont habituellement le résultat du non-recours aux contraceptifs ou à leur mauvais emploi ou encore à l'inefficacité de la méthode contraceptive employée. Une grossesse non désirée est une grossesse qu'une femme ou une fille décide, de son propre chef, qu'elle ne veut pas. Ce genre de grossesse est le plus susceptible de mener à un avortement. De nombreuses grossesses non planifiées ou accidentelles peuvent devenir des grossesses *désirées*, tout comme les grossesses planifiées peuvent devenir non *désirées*. Se centrer sur les intentions d'une jeune femme est autonomisant parce que cela accorde une importance aux désirs et à la réalité de cette jeune femme.

Affronter l'opposition

Certains groupes militent pour la restriction des droits de la personne. Les groupes anti-choix ont eu une grande influence dans les médias traditionnels (télévision, radio, presse écrite), de sorte que leur voix se fait entendre au sein de nombreux débats. Ces groupes bénéficient d'une grande influence à l'échelle communautaire par l'entremise des églises ou des communautés religieuses. Ils connaissent bien l'ordre du jour en matière de droits sexuels et génésiques et réagissent souvent à nos actions et nos initiatives, de façon à les entraver ou à les affaiblir. En outre, ils distribuent des renseignements inexacts et trompeurs ou présentent des statistiques mensongères qui détournent l'attention des arguments fondés sur les faits. Ces groupes participent rarement aux débats cruciaux qui permettent d'interagir avec les différents acteurs et points de vue et préfèrent plutôt jouer sur les émotions ou embellir des images de fœtus avortés.

Le mouvement anti-choix s'est construit un réseau solide d'alliés actifs à tous les niveaux politiques. Le mouvement bénéficie également de solides relations continues avec les médias, ce qui lui permet de se renforcer continuellement. En examinant certains arguments anti-choix communément employés, on constate que la plupart sont répétitifs et s'appuient sur les mêmes hypothèses qui proviennent rarement de faits.

Il est crucial pour les activistes des droits sexuels et génésiques de pouvoir bien répondre à ces arguments. Or, il peut s'avérer difficile de produire des arguments réfléchis au moment où l'on se fait attaquer par notre adversaire.

L'opposition a recours à un ensemble d'arguments communément employés et que vous risquerez de rencontrer. Le tableau suivant vous aidera à élaborer vos propres messages de façon à répondre rapidement et efficacement.

Énoncé anti-choix	Énoncé pro-choix
L'avortement est un meurtre.	Selon la plupart des lois du monde, il ne l'est pas. Le meurtre est l'assassinat intentionnel d'un être humain ; un embryon n'est pas un être humain.
La vie humaine commence à la conception, donc chaque avortement est le meurtre d'une personne.	Le statut de personne dès la conception est une croyance religieuse et non un fait biologique. Les autorités religieuses elles-mêmes ne s'entendent pas entre elles quant au commencement du statut de personne. Les lois nationales et internationales ainsi que les cadres relatifs aux droits de la personne ne sont pas fondés sur cette supposition.
Appuyer les avortements légaux au deuxième et troisième trimestre équivaut à appuyer le meurtre d'êtres humains capables de survivre indépendamment.	Les avortements au troisième trimestre sont très rares : moins de 1 % des avortements ont lieu après 21 semaines. Les femmes qui sollicitent les avortements au deuxième ou troisième trimestre ont habituellement de très bonnes raisons de ce faire. Si aucun moyen légal n'est disponible, ces femmes se tourneront souvent vers les voies illégales qui risquent d'être périlleuses ou de causer des difficultés financières.
Les personnes qui appuient l'avortement légal sont pro-avortement.	Les partisanes et partisans de la position pro-choix suivent le cadre de justice génésique. Nous appuyons le droit génésique de toutes les femmes à : la contraception financièrement accessible et volontaire ; tomber enceinte, porter et donner naissance à des enfants dans un environnement libre de violence et de toxines environnementales ; avoir accès à des services d'avortement sécurisés et sans jugement.[33]

33 Leila Hessini et collab., « Abortion Matters to Reproductive Justice », dans *Reproductive Justice Briefing Book: A Primer on Reproductive Justice and Social Change* (SisterSong Women of Color Reproductive Health Collective et Pro-Choice Public Education Project, 2007), 79, consulté le 15 octobre 2013, http://www.protectchoice.org/downloads/Reproductive%20Justice%20Briefing%2 Book.pdf.

Énoncé anti-choix	Énoncé pro-choix
Vous encouragez les femmes à obtenir plus d'avortements	Les partisanes et partisans de la perspective pro-choix appuient le droit d'une femme à prendre des décisions éclairées et autonomes par rapport à sa santé génésique ainsi que de vivre une vie libre de mépris et de discrimination. Cela comprend le droit de ne pas se faire avorter si tel est son choix.
L'avortement sexo-sélectif est de l'eugénisme	Les restrictions de nature sexo-sélective à l'avortement n'abordent pas la question de fond, soit l'inégalité entre les hommes et les femmes, et ne font que mener les femmes et les filles vers l'avortement non sécurisé, qui met en danger leur vie et leur bien-être. Aucun type de restriction à l'avortement n'éliminera l'inégalité des genres. Au contraire, ces restrictions ne feront qu'exacerber le problème et aggraver l'oppression relative au genre. Les solutions devraient plutôt cibler l'élimination de l'inégalité des genres, qui est la source même de la préférence pour les garçons qui mènent les femmes à se tourner vers l'avortement sexo-sélectif. Cette solution est la seule façon viable de réduire la sélection en fonction du sexe.
Je crois que l'avortement est moralement inacceptable, je suis donc obligé ou obligée d'œuvrer afin de rendre l'avortement illégal et non disponible.	Un grand nombre d'individus qui s'opposent personnellement à l'avortement pour des raisons religieuses ou morales essaient d'imposer leurs valeurs à tout le monde par l'entremise du droit civil. Le fait de ne pas être d'accord avec l'avortement ne vous empêche pas de respecter le droit des femmes de choisir. Le fait que vous-même ne chercheriez jamais à obtenir un avortement ne signifie pas que vous ne pouvez pas accepter que d'autres soient libres de prendre les décisions qui sont les meilleures pour elles.
Le fœtus ne fait pas véritablement partie de la mère : il est un être humain séparé.	Le fœtus est complètement dépendant du corps de la femme pour survivre et est physiquement attaché à elle par le placenta et le cordon ombilical. La santé du fœtus est directement liée à la santé de la femme enceinte. La séparation du fœtus et de la femme ne se produit qu'à la naissance. Le fœtus n'est pas un être humain.
Le droit à la vie de l'enfant à naître est supérieur à quelconque droit de la femme à contrôler son corps.	Une femme est une personne et donc un être humain qui a le droit d'exercer pleinement ses droits de la personne, qu'elle soit enceinte ou non.

Énoncé anti-choix	Énoncé pro-choix
L'avortement ne doit pas être permis dans les situations de viol ou d'inceste parce qu'on aurait tort de punir un enfant pour le péché de son père. Par ailleurs, le viol n'aboutit que rarement à la grossesse. Les femmes peuvent obtenir un traitement médical immédiat pour empêcher la grossesse.	Imposer une grossesse sur une femme, notamment dans le cas de viol ou d'inceste, peut aggraver le traumatisme. Entre 5 % et 25 %[34] des survivantes du viol tombent enceintes et nombreuses d'entre elles n'ont pas accès à la contraception d'urgence pour empêcher une grossesse issue du viol. En outre, de nombreux viols ou incestes ne sont pas dénoncés en raison de condamnation sociale, de discrimination, de peur ou de honte.
Une femme a eu des relations sexuelles, elle s'est amusée ; elle doit maintenant payer. Si une femme a des relations sexuelles, elle doit s'attendre à tomber enceinte et à en subir les conséquences.	Cette attitude vindicative et arrogante est issue de la croyance que la sexualité des femmes est mauvaise et qu'elle doit être punie. Les femmes doivent pouvoir choisir de mener ou non une vie sexuellement active. Nous devons favoriser une sexualité saine fondée sur le choix et le respect, et ce, en adoptant une perspective sensible à la dimension de genre et axée sur les droits de la personne, et en portant une attention particulière à l'éducation complète à la sexualité.
Les adolescents et les adolescentes ont oublié comment dire non. Mettre à leur disposition la contraception et l'avortement ne fait que les encourager à avoir des relations sexuelles.	L'accès aux contraceptifs et à l'avortement n'encourage pas les adolescentes et adolescents à devenir sexuellement actifs, mais ne fait que donner l'option aux jeunes de pouvoir vivre leur sexualité d'une manière saine. En plus de l'accès à la contraception et aux services d'avortement, l'éducation complète à la sexualité est une importante façon de veiller à ce que la sexualité entre les adolescentes, les adolescents et les jeunes soit un choix fondé sur le respect mutuel. Les jeunes ont la capacité en évolution de décider d'avoir (ou non) des relations sexuelles et à quel moment, ainsi que de décider d'avoir un enfant ou d'espacer les naissances. Les parents, les États ou les écoles peuvent appuyer la décision des jeunes en leur fournissant une éducation complète à la sexualité d'une perspective de droits, de façon à ce que les jeunes puissent vivre pleinement leur sexualité et faire des choix informés.

34 Dans le Rapport mondial sur la violence et la santé, Etienne Krug note qu'environ 5 % des survivantes du viol tombent enceintes aux É.-U., tandis qu'au Mexique ce taux peut s'élever à 15-18 %. Les taux estimés peuvent être plutôt faibles, puisque de nombreux crimes ne sont pas dénoncés à la police et que les grossesses ne sont pas enregistrées.

Énoncé anti-choix	Énoncé pro-choix
Les mineures et les épouses doivent obtenir le consentement de leurs parents ou tuteurs et de leur mari avant d'obtenir un avortement.	Chaque femme doit être libre de décider de son corps et, par conséquent, exiger le consentement d'autrui constitue une violation d'un de leurs droits de la personne les plus fondamentaux. La confidentialité est cruciale pour les jeunes femmes et pour leur donner accès aux services. Enfreindre leur droit à la vie privée limite l'acceptation sociale de ces services, ainsi que leur accessibilité, et restreint les options des jeunes en matière d'interventions sécurisées. Une femme ne devrait pas avoir besoin du consentement de son mari pour interrompre sa grossesse. En effet, les femmes et les jeunes femmes sont des personnes autonomes capables de prendre des décisions de leur propre chef quant à leur corps et à leur sexualité et capables d'exercer pleinement leurs droits de la personne.
L'adoption est le meilleur choix, pas l'avortement. L'avortement n'est pas la seule solution. L'avortement n'est jamais la meilleure solution.	Il revient à la femme d'élaborer, ou non, un plan d'avortement ou de mener, ou non, une grossesse à terme. L'adoption peut être difficile et problématique dans certains pays. La grossesse et la naissance peuvent comporter plus de risques pour la santé d'une femme qu'un avortement sécurisé au cours du premier trimestre.[35] En fin de compte, une femme a droit à son autonomie corporelle.
La plupart des grossesses non désirées deviennent des enfants désirés. Les femmes font de grandes erreurs en obtenant un avortement qu'elles regretteront plus tard.	Nous revendiquons un environnement favorable qui respecte et appuie les choix des jeunes femmes. Un environnement favorable appuie aussi les femmes après l'avortement. Le regret est souvent lié à la condamnation sociale et à la discrimination auxquelles bon nombre de femmes sont confrontées après l'avortement.

35 Ipas, *The Evidence Speaks for Itself: Ten Facts about Abortion*, publication (Chapel Hill, NC : Ipas, 2010), 20.

Énoncé anti-choix	Énoncé pro-choix
L’avortement entraîne des séquelles psychologiques chez les femmes. Elles souffriront de culpabilité pour le reste de leurs jours.	De nombreuses études ont démontré que l’avortement n’est pas associé à une augmentation détectable de l’incidence de maladie mentale. Les façons dont les femmes gèrent un avortement et ses conséquences psychologiques sont fortement liées à leur environnement social et culturel, à leurs réseaux, à leur accès aux services d’avortement et au soutien social reçu au long du processus (c.-à-d., avant, pendant et après l’intervention).

SECTION 4 | Glossaire

Avortement

Mettre fin à une grossesse de sorte qu'elle n'aboutisse pas à une naissance. Un avortement peut être réalisé pour mettre fin à une grossesse non désirée ou une grossesse présentant un danger de mort.

a. L'avortement sécurisé

L'interruption d'une grossesse par des professionnels ou professionnelles de la santé certifiés ; dans des installations et avec un équipement qui correspondent aux normes ; et dans un environnement conforme aux standards médicaux internationaux en matière de salubrité. L'avortement sécurisé comprend aussi la prestation de soins médicaux adéquats après l'avortement.

Dans certains pays où le service est possible, les lignes d'assistance pour l'avortement sécurisé offrent soutien psychologique, conseils et renseignements sur l'avortement sécurisé. Les lignes d'assistance pour l'avortement sécurisé sont légales sachant qu'elles ne font qu'offrir de l'information, mais les protocoles de sécurité varient de pays en pays selon le contexte juridique.

b. L'avortement non sécurisé

L'interruption d'une grossesse dans des conditions inadéquates ou insalubres par des personnes sans formation[36] et avec des soins ultérieurs à l'avortement insuffisants. Environ 13 % des mortalités maternelles sont causées par des avortements non sécurisés.[37] Les avortements non sécurisés sont fréquents dans les pays où :

- L'avortement est illégal, financièrement inaccessible et non disponible ;
- Les contraceptifs ne sont pas disponibles ;
- Les professionnels et professionnelles de la santé ayant reçu une formation adéquate sont inaccessibles ;
- Les renseignements et les services en matière de santé sexuelle et génésique sont inaccessibles.

Interventions abortives

a. Avortements médicamenteux

L'avortement médicamenteux est une méthode d'interruption de grossesse non chirurgicale peu risquée et possible au début de la grossesse (jusqu'à 63 jours de gestation)[38] et consiste à administrer des produits pharmaceutiques par voie orale ou par injection plutôt que de recourir à une intervention chirurgicale.

Il existe actuellement deux méthodes d'avortement médicamenteux : la mifépristone (anciennement connu sous le nom de RU-486) et le méthotrexate. Les deux doivent être employés avec le misoprostol afin de déclencher les contractions utérines, ce qui aide à expulser l'ovule fécondé. Il convient de noter la différence entre l'avortement médicamenteux, qui met fin à une grossesse amorcée, et la contraception d'urgence, qui empêche la grossesse d'avoir lieu.[39]

---

36 Elisabeth Åhman et Iqbal H. Shah, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*. (Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2011), 2, consulté le 15 octobre 2013, http:/whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf.
37 Ibidem. 1.
38 Organisation mondiale de la Santé, *L'avortement médicamenteux : Questions cliniques les plus fréquentes* (Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2006), 3.
39 Centre des droits reproductifs, « Legal Glossary », Centre des droits reproductifs, Domestic Legal Terminology, consulté le 15 octobre 2013, http://reproductiverights.org/en/node/339.

Voici deux options en matière d'avortement médicamenteux :

Le misoprostol
Le misoprostol est un traitement médicamenteux menant à l'avortement et peut être employé seul, mais est souvent administré avec la mifépristone (voir Combinaison mifépristone-misoprostol). La posologie du misoprostol varie à différentes étapes de la grossesse.

La vente et l'emploi du misoprostol sont permis dans de nombreux pays, car le médicament est surtout connu pour ses propriétés antiulcéreuses plutôt que comme médicament abortif officiel, ce qui explique sa disponibilité même dans les pays où les lois sur l'avortement sont strictes.[40]

Combinaison mifépristone-misoprostol
Ce traitement de deux médicaments est plus rapide et plus efficace que l'emploi du misoprostol seul, notamment lors des stades plus avancés de la grossesse (jusqu'à 9 semaines, soit 63 jours). Son taux de succès s'élèverait à 92 % s'il est employé dans les sept premières semaines (49 jours) de la grossesse.[41] Cette méthode est communément employée pour provoquer un avortement au cours du deuxième trimestre au Canada, dans la plupart des pays d'Europe, en Chine et en Inde.[42]

b. L'avortement chirurgical
L'avortement chirurgical consiste à mettre fin à une grossesse au moyen d'une intervention chirurgicale. Le type d'intervention chirurgicale employée dépend de l'étape de la grossesse, qui est normalement déterminée par une échographie.

L'aspiration (manuelle et électrique)
Cette intervention chirurgicale aux fins d'avortement emploie la technique d'aspiration pour évacuer le contenu de l'utérus à l'aide d'un aspirateur en plastique (aspiration manuelle) ou d'une pompe électrique (aspiration électrique). Cette méthode est possible pendant le premier trimestre et elle est préférable à la méthode du curetage, selon l'Organisation mondiale de la Santé.[43]

Il s'agit de l'intervention chirurgicale la plus fréquente.[44] Elle dure habituellement de 10 à 15 minutes et est possible de la 6e à la 16e semaine de grossesse.[45]

Dilatation et évacuation (D&E)
Cette méthode est souvent aussi appelée dilatation et extraction et peut être réalisée entre les 15e et 24e semaines de grossesse (deuxième trimestre).[46] L'intervention comprend l'aspiration, la dilatation et le curetage ainsi que l'emploi d'instruments chirurgicaux comme les forceps.[47]

---

40 Coalition internationale pour la santé des femmes, « International Women's Health Coalition », Coalition internationale pour la santé des femmes, 18 octobre 2010, Introduction, consulté le 15 octobre 2013, http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content.
41 Web MD, « Women's Health », Mifepristone and Misoprostol for Abortion, 22 septembre 2010, How Well It Works, consulté le 18 octobre 2013, http://women.webmd.com/mifepristone-and-misoprostol-for-abortion.
42 Nathalie Kapp et collab., « Medical Methods to Induce Abortion in the Second Trimester », dans *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*, édité par Maureen Paul (Oxford : Wiley-Blackwell, 2009), 179-192.
43 Ipas, « Elements of Comprehensive Abortion Care », Ipas, Manual Vacuum Aspiration, consulté le 15 octobre 2013, http://www.ipas org/en/What-We-Do/Comprehensive-Abortion-Care/Elements-of-Comprehensive-Abortion-Care.aspx.
44 Harshad Sanghvi et collab., « Dilatation and Curettage », dans *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*, édité par Melissa McCormick, Matthews Mathai (Genève : Organisation mondiale de la Santé, Santé familiale et communautaire, Département Santé et recherche génésiques, 2000), 61 64.
45 American Pregnancy Association, « Surgical Abortion Procedures », American Pregnancy Association, janvier 2013, Aspiration, consulté le 15 octobre 2013, http://americanpregnancy.org/unplannedpregnancy/surgicalabortions.html.
46 British Pregnancy Advisory Service, « What Is Abortion? », Bpas, Surgical Abortion, consulté le 15 octobre 2013, http://www.bpas org/bpasyoungpeople/what-is-abortion.
47 Healthwise, « Women's Health », WebMD, 22 septembre 2010, Dilation and Evacuation (D&E) for Abortion, consulté le 18 octobre 2013, http://women.webmd.com/dilation-and-evacuation-de-for-abortion.

Dilatation et curetage (D&C)
À l'instar de la D&E, on dilate le col de l'utérus, mais on se sert d'une curette pour racler les parois et le contenu de l'utérus (le curetage).[48] On peut aussi avoir recours à la D&C après une fausse-couche pour extraire les tissus ou le contenu restants.[49]

L'objection de conscience

L'objection de conscience désigne le droit de chacun et chacune à refuser de réaliser une activité pour des raisons de pensée, de conscience ou de religion, en vertu des droits de la personne à l'échelle nationale, internationale et régionale.

Les professionnels et professionnelles de la santé peuvent refuser d'agir de façon à compromettre leurs croyances ou convictions personnelles. Cependant, le droit à l'objection de conscience, comme n'importe quel autre droit, a ses limites. En effet, le code d'éthique de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique comprend la responsabilité professionnelle suivante, concernant l'objection de conscience :

> *Veiller à ce que le droit d'un médecin à ne pas agir à l'encontre de ses valeurs morales ou religieuses ne se traduise pas en imposition de ces valeurs personnelles sur les femmes. Le cas échéant, la patiente doit être renvoyée à un professionnel de la santé alternatif adéquat. L'objection de conscience à certaines interventions n'exempte pas les médecins d'immédiatement prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence pour faire en sorte que le traitement requis soit administré sans tarder.*[50]

La contraception d'urgence

Parfois appelée pilule du lendemain, la contraception d'urgence prévient une grossesse non désirée à la suite d'une relation sexuelle non protégée ou en cas d'échec du contraceptif, et ce, par le biais d'un traitement hormonal administré en pilules d'une seule ou de deux doses. Il convient de noter la différence entre l'avortement médicamenteux, qui met fin à une grossesse amorcée, et la contraception d'urgence, qui empêche la grossesse d'avoir lieu. La contraception d'urgence est le plus efficace dans les 24 heures suivant la relation sexuelle non protégée ou l'échec du contraceptif. Cependant, son efficacité peut aller jusqu'à cinq jours.[51]

Indications légales

Les indications légales sont des exceptions aux lois nationales permettant de pratiquer un avortement légal. Vingt-neuf pays du monde ne bénéficient d'aucune indication légale permettant l'avortement. Voir la Section 1 pour en les descriptions.

La mortalité maternelle

La mortalité maternelle désigne le décès d'une femme enceinte ou d'une femme dans les 42 jours suivant l'interruption d'une grossesse, indépendamment de la durée ou de l'endroit de la grossesse, en raison d'une cause liée à la grossesse, aggravée par

---

48 Healthwise, « Dilation and Curettage (D&C) », WebMD, 11 avril 2011, consulté le 15 octobre 2013, http://www.webmd.com/hw popup/dilation-and-curettage-dc.
49 Ibidem.
50 International Federation of Gynecology and Obstetrics, « Code of Ethics », Code of Ethics, Ethics and Human Rights regarding Sexual and Reproductive Health, consulté le 15 octobre 2013, http://www.figo.org/Codeofethics.
51 Centre des droits reproductifs, « Legal Glossary », Centre des droits reproductifs, Domestic Legal Terminology, consulté le 15 octobre 2013, http://reproductiverights.org/en/node/339.

la grossesse ou issue de la gestion de la grossesse, sans toutefois être une cause accidentelle ou secondaire. Pour faciliter le recensement des cas de décès maternels dans les circonstances où la cause de la mort est mal attribuée, une nouvelle catégorie a été introduite : le décès lié à la grossesse, qui se définit comme le décès d'une femme enceinte ou d'une femme dans les 42 jours suivants l'interruption de la grossesse, indépendamment de la cause du décès.[52]

Période d'attente obligatoire

Une période d'attente obligatoire désigne l'exigence selon laquelle une femme doit attendre un certain nombre d'heures ou de jours avant de se faire avorter après avoir reçu ou s'être vue offrir des renseignements officiels produits par l'État, dont l'objectif est souvent de décourager l'avortement. Les exigences obligatoires officielles et les renseignements tendancieux n'ont aucun lien avec la santé et visent à décourager l'avortement comme option.[53]

La morbidité maternelle

La morbidité maternelle est un terme de portée générale désignant toute maladie physique ou mentale ou toute incapacité directement liée à la grossesse ou au fait de donner naissance. Celles-ci ne présentent pas nécessairement un danger de mort, mais peuvent toutefois avoir une très grande incidence sur la qualité de vie.[54]

Lois de participation parentale

Dans le contexte de ce document, le terme désigne les lois exigeant que les jeunes femmes informent leurs parents ou obtiennent la permission de l'un d'eux ou des deux avant d'obtenir un avortement. Parfois, ces lois contiennent une exception qui permet aux jeunes femmes de contourner cette exigence en plaidant devant les tribunaux.

Grossesse

La grossesse commence avec la nidation de l'ovule fécondé et aboutit au développement d'un ou de plusieurs embryons ou fœtus.

La grossesse peut être le résultat d'une relation sexuelle ou d'une technologie de reproduction assistée, comme l'insémination artificielle ou la fécondation in vitro.

Phases embryonnaires[55]

Zygote
La cellule issue de la fécondation qui deviendra un embryon.
Embryon
Le zygote devient un embryon et cette phase dure cinq semaines, au cours de laquelle tous les organes internes se forment.
Fœtus
L'embryon devient un fœtus après huit semaines de grossesse et continue de se développer jusqu'à la naissance, qui a lieu entre la 38e et la 40e semaine.

52 Organisation mondiale de la Santé, « Health Statistics and Health Information Systems », OMS, Maternal mortality ratio (per 100 000 live births), consulté le 15 octobre 2013, http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/.
53 Ibidem.
54 Marge Koblinsky et collab., « Maternal Morbidity and Disability and Their Consequences: Neglected Agenda in Maternal Health », *Journal of Health, Population and Nutrition* 30, no2 (juin 2012): 125, consulté le 15 octobre 2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc articles/PMC3397324/.
55 Planned Parenthood Federation of America, « Pregnancy Week by Week », Planned Parenthood, Stages of Pregnancy at a Glance, consulté le 15 octobre 2013, http://www.plannedparenthood.org/health-topics/pregnancy/stages-pregnancy-23953.htm.

BIBLIOGRAPHY

American Pregnancy Association. « Surgical Abortion Procedures ». American Pregnancy Association. Janvier 2013. Consulté le 15 octobre 2013. http://americanpregnancy.org/unplannedpregnancy/surgicalabortions.html.

Association canadienne pour la liberté de choix. « Historique ». Association canadienne pour la liberté de choix. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.canadiansforchoice.ca/historicalbackground.html.

Bengoa, Rafael, Peter Key, Sheila Leatherman, Rashad Massoud et Pedro Saturno. *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2006. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.

British Pregnancy Advisory Service. « What Is Abortion? » Bpas. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.bpas.org/bpasyoungpeople/what-is-abortion.

Bueno De Mesquita, Judith et Louise Finer. *Conscientious Objection: Protecting Sexual and Reproductive Health Rights*. Publication. Essex : Human Rights Center, Université d'Essex, 2008.

Centre des droits reproductifs et l'UNFPA. *ICPD and Human Rights: 20 Years of Advancing Reproductive Rights Though UN Treaty Bodies and Legal Reform*. Publication. 13 août 2013. Consulté le 15 octobre 2013. http://reproductiverights.org/en/document/icpd-human-rights-20-years-un-treaty-bodies-legal-reform.

Centre des droits reproductifs. « Center for Reproductive Rights Applauds Landmark Abortion Decision by European Court of Human Rights ». Communiqué de presse, 20 mars 2007. Centre des droits reproductifs. Consulté le 15 octobre 2013. http://reproductiverights.org/en/press-room/center-for-reproductive-rights-applauds-landmark-abortion-decision-by-european-court-of-h.

Centre des droits reproductifs. « Despite Country's Own Laws, Costa Rica Continues to Deny Women Legal Abortion ». Communiqué de presse, 23 août 2013. Centre des droits reproductifs. Consulté le 15 octobre 2013. http://reproductiverights.org/en/press-room/despite-country's-own-laws-costa-rica-continues-to-deny-women-legal-abortion.

Centre des droits reproductifs. « Legal Glossary ». Centre des droits reproductifs. Consulté le 15 octobre 2013. http://reproductiverights.org/en/node/339.

Coalition internationale pour la santé des femmes. « International Women's Health Coalition ». Coalition internationale pour la santé des femmes. 18 octobre 2010. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content.

Commission des femmes pour les réfugiés, Save the Children, UNHCR et UNFPA. *La santé sexuelle et reproductive en situations de crise humanitaire : Une étude approfondie des services de planification familiale* Publication. Décembre 2012. Consulté le 15 octobre 2013. http://wrc.ms/X2XF3l.

Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies. *Abortion Policies: A Global Review*. Publication. New York : Organisation des Nations Unies, 2001.

Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population. *World Population Policies 2013*. Publication. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WorldAbortionPolicies2013/WorldAbortionPolicies2013_WallChart.pdf.

Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population. *Abortion Policies: A Global Review*. Publication. Vol. 2. New York : Organisation des Nations Unies, 2001.

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique « Code of Ethics ». Code of Ethics. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.figo.org/Codeofethics.

Guttmacher Institute. *State Policies in Brief: An Overview of Abortion Laws*. Issue brief. 1 octobre 2013. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_OAL.pdf.

Hamoda, Haitham, Premila W. Ashok, Gillian M M. Flett et Allan Templeton. « Home Self-administration of Misoprostol for Medical Abortion up to 56 Days' Gestation ». *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 31, no3 (2005): 189-92. doi:10.1783/1471189054483915.

Healthwise. « Dilation and Curettage (D&C) ». WebMD. 11 avril 2011. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.webmd.com/hw-popup/dilation-and-curettage-dc.

Healthwise. « Women's Health ». WebMD. 22 septembre 2010. Consulté le 18 octobre 2013. http://women.webmd.com/dilation-and-evacuation-de-for-abortion.

Hessini, Leila, Lonna Hays, Emily Turner, Sarah Packer et Ipas. « Abortion Matters to Reproductive Justice ». Dans *Reproductive Justice Briefing Book: A Primer on Reproductive Justice and Social Change*, 79-80. SisterSong Women of Color Reproductive Health Collective et Pro-Choice Public Education Project, 2007. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.protectchoice.org/downloads/Reproductive%20Justice%20Briefing%20Book.pdf.

Hessini, Leila. « Abortion Stigma Is Global ». *ChoiceUSA*, 8 mars 2013. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.choiceusablog.org/abortion-stigma-is-global-2.

ICMA. « Abortion for Fetal Impairment ». International Consortium for Medical Abortion. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.medicalabortionconsortium.org/articles/print/?tid=312%3E.

International Planned Parenthood Federation. *Youth Messaging Checklist*. Document interne. Londres, 2011.

Ipas. « Elements of Comprehensive Abortion Care ». Ipas. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.ipas.org/en/What-We-Do/Comprehensive-Abortion-Care/Elements-of-Comprehensive-Abortion-Care.aspx.

Ipas. « New Law in Ethiopia Represents a Step Forward for Women's Reproductive Rights ». Communiqué de presse, 7 juin 2005. Ipas. Consulté le 25 avril 2007. http://www.ipas.org/english/press_room/2005/releases/06072005.asp.

Ipas. *The Evidence Speaks for Itself: Ten Facts about Abortion*. Publication. Chapel Hill, NC : Ipas, 2010.

Joselow, Gabe. « Unsafe Abortions Continue in Kenya Despite Reforms ». VOA. 22 août 2013. Consulté le 17 octobre 2013. http://www.voanews.com/content/unsafe-abortions-continue-in-kenya-despite-legal-reforms/1734844.html.

Kapp, Nathalie, Helena Von Hertzen, Steve E. Lichtenberg, Lynn Borgatta, David A. Grimes, Phillip G. Stubblefield et Mitchell D. Creinin. « Medical Methods to Induce Abortion in the Second Trimester ». Dans *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*, édité par Maureen Paul, 178-92. Oxford : Wiley-Blackwell, 2009.

Koblinsky, Marge, Mahbub Elahi Chowdhury, Allisyn Moran et Carine Ronsmans. « Maternal Morbidity and Disability and Their Consequences: Neglected Agenda in Maternal Health. » Journal of Health, Population and Nutrition 30, no2 (juin 2012) : 124 30. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3397324/.

Ngo, Thoai D., Min Hae Park, Haleema Shakur et Caroline Free. « Efficacité, sécurité et acceptabilité comparatives de l'avortement médical à domicile et en clinique : une évaluation systématique ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 4 mars 2011. Consulté le 15 octobre 2013. doi:10.2471/BLT.10.084046.

Organisation des Nations Unies. *Conférence internationale sur la population et le développement : Programme d'action*. Le Caire : Organisation des Nations Unies, 1994.

Organisation mondiale de la Santé, Département Santé et recherche génésiques. Publication. 2011. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/index.html.

Organisation mondiale de la Santé. « Health Statistics and Health Information Systems ». OMS. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.who.int/healthinfo/statistics/indmaternalmortality/en/.

Organisation mondiale de la Santé. *L'avortement médicamenteux : Questions cliniques les plus fréquentes*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2006.

Pinter, B., E. Aubeny, G. Bartfai , O. Loeber, S. Ozalp et A. Webb. « Accessibility and Availability of Abortion in Six European Countries ». *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 10, no1 (2005): 51-58. doi:10.1080/13625180500035231.

Planned Parenthood Federation of America. « Pregnancy Week by Week ». Planned Parenthood. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.plannedparenthood.org/health-topics/pregnancy/stages-pregnancy-23953.htm.

Sanghvi, Harshad, Richard J. Guidotti, Fredrik Broekhuizen, Beverley Chalmers, Robert Johnson, Anne Foster-Rosales, Jeffrey M. Smith et Jelka Zupan. « Dilatation and Curettage ». Dans *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors*, édité par Melissa McCormick, Matthews Mathai, 61-64. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Santé familiale et communautaire, Département Santé et recherche génésiques, 2000.

Sedgh, Gilda, Susheela Singh, Iqbal H. Shah, Elisabeth Ahman, Stanley K. Henshaw et Akinrinola Bankole. « Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008 ». *The Lancet* 379, no. 9876 (29 janvier 2012): 625-32. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61786-8/abstract.

Shah, Iqbal H. et Elisabeth Ahman. « Unsafe Abortion Differentials in 2008 by Age and Developing Country Region: High Burden among Young Women ». *Reproductive Health Matters* 20, no39 (2012): 170-71.

Tysiąc c. Pologne (Cour européenne des droits de l'homme, 24 septembre 2007).

Web MD. « Women's Health ». Mifepristone and Misoprostol for Abortion. 22 septembre 2010. Consulté le 18 octobre 2013. http://women.webmd.com/mifepristone-and-misoprostol-for-abortion.

Åhman, Elisabeth et Iqbal H. Shah. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé, 2011. Consulté le 15 octobre 2013. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf.

« Youth ». Ipas. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.ipas.org/en/What-We-Do/Youth.aspx.

Lectures recommandées

Blake, Sarah, Janna Oberdorf et Mariko Rasmussen. *Youth Guide to Action on Maternal Health*. Publication. 2010. Consulté le 15 octobre 2013. http://www.womendeliver.org/assets/Youth_Guide_to_Maternal_Health_FINAL.pdf. (En anglais seulement.)

Centre des droits reproductifs. *The World's Abortion Laws Map 2013 Update*. Publication. Consulté le 15 octobre 2013. http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/AbortionMap_Factsheet_2013.pdf. (En anglais seulement.)

Ipas. *The Evidence Speaks for Itself: Ten Facts about Abortion*. Publication. Chapel Hill, NC : Ipas, 2010. (En anglais seulement.)

Organisation mondiale de la Santé. *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2012. Consulté le 15 octobre 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78413/1/9789242548433_fre.pdf.

Consultez www.youthcoalition.org pour les derniers renseignements et ressources.


youth coalition
working internationally for sexual
and reproductive rights